

BCAC

RAMA
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE
DES ALLOCATAIRES



**Notice
d'information**
à effet du
1^{er} janvier 2024

➤ Réservé aux retraités des sociétés d'assurances

La présente notice est celle prévue à l'article L.141- 4 du Code des assurances. Elle a été établie par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)¹, mandataire des entreprises d'assurances coassurant le contrat d'assurance souscrit par l'Association de Surveillance des Activités Retraite et Prévoyance Assurances (ASARPA)².

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative soumis aux dispositions du Code des assurances.

La présente notice d'information RAMA remplace la précédente à compter du 1^{er} janvier 2024 (date de sa prise d'effet) pour les sinistres survenus à compter de cette date.

(1). GIE régi par les articles L.251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro C 312 395 684 et dont le siège social se situe 4 place des Saisons - 92400 Courbevoie

(2). Siège social : 4 place des Saisons - 92400 Courbevoie. Adresse postale : BCAC, TSA 30002, 92926 La Défense Cedex.



SOMMAIRE

1_ Objet	3	6_ Dispositions diverses	5
2_ Bénéficiaires	3	6.1. Législation sur la protection des données à caractère personnel	5
3_ Adhésion	3	6.2. Réclamation - médiation	6
3.1. Obligation de l'Assuré	3	6.3. Contrôle de l'organisme assureur	6
3.2. Renouvellement de l'adhésion	3	6.4. Loi applicable et langue utilisée	6
3.3. Renonciation à l'adhésion	3	6.5. Territorialité	6
3.4. Résiliation	3		
4_ Garanties	3	Annexes	7
4.1. Début des garanties	3	1_ Contenu des garanties par formule - Barème des remboursements maladie pour les actes effectués au 1 ^{er} janvier 2024	8
4.2. Fin des garanties	3	2_ Liste des coassureurs au 1 ^{er} janvier 2024	14
4.3. Contenu des garanties	4	3_ Déclarations tardives - Prescription	15
4.4. Changement de formule de garanties	4	4_ Actes de prévention (article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006)	16
4.5. Réseaux de soins	4		
4.6. Paiement des prestations	4		
4.6.1 Obligations de l'Assuré	4		
4.6.2 Modalités de paiement	4		
4.6.3 Déclarations tardives - Prescription	5		
4.6.4 Clause de subrogation	5		
4.7. Cumul de garanties	5		
4.8. Cumul emploi-retraite	5		
5_ Primes	5		
5.1. Montant des primes	5		
5.2. Paiement des primes	5		

1_ OBJET

Le Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA) a pour objet de procurer aux retraités des sociétés d'assurances des garanties en matière de remboursement de frais de soins.

2_ BÉNÉFICIAIRES

Peuvent adhérer au régime, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint, leur concubin, leur partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et leurs enfants à charge au sens de la législation fiscale, les retraités :

- allocataires de l'Institution de Retraite Complémentaire (IRC) «Alliance professionnelle Retraite Agirc-Arrco» (Section B2V) ainsi que les bénéficiaires des droits au titre du Régime de Retraite Professionnel (RRP) fermé géré par l'Institution de Gestion de Retraite Supplémentaire (IGRS) Crepsa ;
- ayant exercé des fonctions dans une société ou un organisme relevant des Conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances.

Ce faisant, ils s'engagent à satisfaire aux obligations qui leur incombent aux termes des dispositions ci-après.

Les personnes couvertes par l'adhésion sont dénommées ci-après « les Assurés ».

3_ ADHÉSION

3.1_ Obligation de l'assuré

L'Assuré, ancien salarié de l'assurance doit retourner au BCAC le bulletin d'adhésion le concernant, au plus tard dans les six mois de son départ à la retraite.

Les conjoint, concubin, partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) n'ayant pas adhéré au régime d'assurance maladie des allocataires au moment de l'adhésion des retraités de l'Assurance au dit régime, auront la possibilité d'y adhérer ultérieurement.

Tout refus d'adhésion est définitif.

3.2_ Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Assuré.

3.3_ Renonciation à l'adhésion

L'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée au BCAC. Cette renonciation est définitive.

Dans les 30 jours calendaires révolus suivant la date de réception de cette lettre, les cotisations versées seront intégralement remboursées sous déduction des prestations éventuellement versées pendant cette période.

Modèle de lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception :

« Je soussigné(e) M. Mme (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA) effectuée le (date de la demande d'adhésion) et demande le remboursement de la cotisation versée, soit euros dans le délai de 30 jours calendaires révolus prévu par la loi.»

Le (Date de renonciation)

Signature

3.4_ Résiliation

L'Assuré qui ne souhaite pas reconduire son adhésion peut, à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'effet de sa première adhésion, résilier sans frais ni pénalités.

La demande de résiliation peut être effectuée par lettre simple ou tout autre support durable.

La résiliation prendra effet un (1) mois après réception par le BCAC de la demande de résiliation.

Cette résiliation est définitive, elle entraîne la radiation à cette date de l'Assuré lui-même et des membres de sa famille.

La radiation d'un membre de la famille autre que l'Assuré ne constitue pas une résiliation au sens de l'alinéa ci-dessus.

4_ GARANTIES

4.1_ Début des garanties

Les garanties débutent dès la prise d'effet de la retraite de l'Assuré, si le bulletin d'adhésion a été retourné au BCAC dans les délais.

4.2_ Fin des garanties

Les garanties prennent fin :

- **en cas de décès de l'Assuré. Toutefois, le bénéfice des garanties est maintenu aux conjoint, concubin, partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et enfants à charge au moment du décès sous réserve de leur adhésion préalable et du paiement de la prime correspondante ;**
- **en cas de renonciation ;**
- **en cas de résiliation ou de radiation de l'Assuré au régime, pour l'ensemble de la famille ;**
- **en cas de radiation d'un des membres de la famille, pour la couverture de celui-ci ;**
- **en cas de non-paiement de la prime par l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances et dans les conditions définies au paragraphe 5.2.**

4.3_ Contenu des garanties

Les Assurés qui perçoivent de la Sécurité sociale des remboursements au titre des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, ont droit, dans les conditions ci-après définies, à des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements, déterminé conformément à la formule choisie est, dans tous les cas, limité aux frais réellement engagés.

Le régime comporte sept niveaux de garanties dénommés respectivement : formule 1, formule 1 bis, formule 2, formule 2 bis, formule 3, formule 4, formule 5 (cf. annexe 1).

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les formules F1 bis, F2 et F4 sont fermées à toute nouvelle adhésion.

Le choix de la formule est fait par chacun des Assurés au moment de son adhésion. Il peut être modifié dans les conditions prévues au paragraphe 4.4.

Le contrat d'assurance respecte les exigences légales et réglementaires applicables aux contrats responsables, notamment les dispositions concernant la réforme du 100% santé.

Le régime ne prend pas en charge :

- conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : la majoration de la participation de l'Assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'Assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- la participation forfaitaire définie à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale (cf. annexe 1) ;
- les franchises médicales définies à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale (cf. annexe 1).

Dans le cadre de la généralisation du tiers payant* et depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat complémentaire santé RAMA propose le tiers payant sur la part complémentaire à hauteur du ticket modérateur** conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables et solidaires et dans les limites édictées par ces règles.

L'effectivité de la généralisation du tiers payant sur la part complémentaire reste conditionnée par sa mise en oeuvre au niveau du professionnel de santé. Si ce dernier refuse de l'appliquer, l'assuré doit avancer les frais et en demander le remboursement dans les conditions habituelles.

*Tiers payant : Système de « dispense d'avance de frais » pour les patients.

**Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

4.4_ Changement de formule de garanties

Les Assurés ont la possibilité, tous les deux ans, de changer de formule de garanties en adressant au BCAC une lettre recommandée avec avis de réception.

Ce changement devra s'exercer avant le 1^{er} octobre d'une année pour prendre effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

4.5_ Réseaux de soins

Dans le cadre de la prise en charge des frais de soins, des prestataires (à titre d'exemple ITELIS / SANTECLAIR) pourront, si les Assurés le souhaitent, intervenir afin d'offrir aux bénéficiaires du Régime d'Assurance Maladie des Allocataires des services et des conseils en matière de santé comme par exemple :

- l'accès à un réseau de professionnels de santé partenaires, permettant la dispense d'avance de frais dans la limite des garanties correspondants à la formule choisie dans le domaine de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse,
- l'étude et l'analyse de devis, des simulations de remboursement, des conseils,
- un service d'information médicale et sociale.

L'Assuré devra choisir au moment de l'adhésion entre les prestataires proposés. Ce choix ne pourra être modifié qu'au 1^{er} janvier suivant.

4.6_ Paiement des prestations

4.6.1 Obligations de l'Assuré

Chaque Assuré est tenu de vérifier auprès de sa caisse de Sécurité sociale que la télétransmission des données au BCAC est effective ; à défaut, il doit lui adresser tous les justificatifs originaux des frais de santé engagés.

Le BCAC est en droit d'exiger de l'Assuré tous les renseignements qu'il estime nécessaires au règlement des prestations.

L'Assuré devra transmettre les justificatifs :

- à l'adresse postale du BCAC :
BCAC
Centre de gestion Santé et prévoyance
TSA 50001
15 Rue Paul Dautier
78457 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX

Le fait de ne pas se soumettre à ces obligations est susceptible d'entraîner la suspension du service des prestations et le remboursement des sommes indûment perçues, sans préjudice de toutes autres actions qui pourraient être intentées auprès des tribunaux compétents. Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

4.6.2 Modalités de paiement

Les prestations dues aux Assurés sont payées par virement bancaire sur le compte bancaire dont les références auront été communiquées par l'Assuré retraité de l'assurance.

Celles dues aux conjoint, concubin, partenaire de PACS et enfants à charge sont également payées par virement bancaire sur ce même compte bancaire.

4.6.3 Déclarations tardives - Prescription

Les demandes de remboursement des frais de soins sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 et suivants du Code des assurances.

L'article L. 114-1 du Code des assurances dispose que « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où le BCAC en a eu connaissance ;**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'Assuré contre le BCAC a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. (Cf. annexe 3)

Celles qui seront transmises postérieurement ne donneront lieu à aucun remboursement.

4.6.4 Clause de subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré ou du bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que le BCAC a exposées pour le compte des coassureurs, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

4.7_ Cumul de garanties

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'Assuré ou de l'adhérent, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

4.8_ Cumul emploi-retraite

En cas de cumul d'une pension de retraite et de revenus professionnels et si l'Assuré bénéficie d'une couverture complémentaire maladie obligatoire au titre de l'activité professionnelle, la prime et les garanties du régime peuvent être, à sa demande, suspendues pendant la durée de ce cumul.

Cette suspension peut s'appliquer également au conjoint, au concubin, au partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et à ses enfants à charge, adhérents au présent régime.

Elle prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'envoi de la demande adressée par lettre recommandée avec avis de réception au BCAC.

L'Assuré doit justifier auprès du BCAC de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

5_ PRIMES

5.1_ Montant des primes

La prime annuelle par personne assurée est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives. Son montant est révisé annuellement.

L'âge est déterminé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

5.2_ Paiement des primes

La prime est payable mensuellement d'avance et prélevée sur le compte bancaire dont les références auront été communiquées par l'Assuré retraité de l'assurance.

En cas de cessation de l'affiliation en cours de mois, la prime sera versée au prorata du nombre de jours d'affiliation.

Celles dues au titre de l'adhésion du conjoint, concubin, partenaire de PACS et des enfants à charge sont également prélevées sur ce même compte bancaire.

À défaut de paiement de la prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, le BCAC envoie à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure entraînant la suspension des garanties dans le délai de trente jours après l'envoi.

Si la prime n'est toujours pas réglée à l'issue de ce délai, l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, sera résiliée dix jours après.

6_ DISPOSITIONS DIVERSES

6.1_ Législation sur la protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de la relation contractuelle, le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) traite les données à caractère personnel, recueillies auprès de l'entreprise adhérente ou des bénéficiaires des garanties, en qualité de Responsable de traitement au sens de la réglementation applicable en matière de protection des données, et notamment du Règlement UE 2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données (ci-après « RGPD »).

Les données à caractère personnel de l'assuré sont collectées et traitées par le BCAC aux fins :

- de gestion de l'adhésion de l'assuré au contrat santé ;

- de gestion et d'exécution des prestations prévues au contrat santé ;
- d'études statistiques ;
- d'évaluation du risque, de réalisation de comptes de résultats de l'inventaire et de prévisionnels ainsi que du contrôle de cohérence ;
- de prévention de la fraude et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (LCB-FT) ;
- de recouvrement de créances.

Toute déclaration fautive ou irrégulière de l'assuré pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Les données de l'assuré sont destinées aux services de gestion et ne sont accessibles que par les collaborateurs habilités à les traiter, en fonction des finalités de la collecte et dans la limite de leurs attributions respectives. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux co-assureurs et mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat, ou à des organismes publics et de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant au BCAC.

Dans le cadre de contrats de prestations conclus par le BCAC, les destinataires des données personnelles de l'assuré peuvent se situer à l'étranger, y compris en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) dans des pays où la législation en matière de protection des données diffère de celle applicable au sein de l'EEE. Tout transfert de données en dehors de l'EEE est effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

Les données de l'assuré sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle. Elles seront ensuite conservées, à l'issue de la relation contractuelle, pendant dix ans.

Conformément aux termes et conditions du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ses données, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement pour un motif légitime ou à sa limitation. L'assuré peut exercer ces droits ou poser toute question relative à la gestion de ses données personnelles par le BCAC en s'adressant :

Par mail à l'adresse suivante : dpo@bcac.com

Par courrier à l'adresse suivante :
Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)
Délégué à la protection des données
TSA 30002
92926 La Défense Cedex

En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé.

L'assuré dispose également du droit de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07, de toute réclamation se rapportant à la manière dont le BCAC collecte et traite ses données.

6.2_ Réclamation - Médiation

En cas de réclamation ou de litige relatif à l'application du présent contrat, un recours amiable peut être fait auprès du BCAC en adressant votre réclamation par courrier à l'adresse suivante : Centre de gestion Santé et Prévoyance - TSA 50001 - 15 rue Paul Dautier - 78457 Vélizy Villacoublay Cedex.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse de la part du BCAC, le médiateur peut en tout état de cause être saisi deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite adressée au BCAC et à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Le médiateur peut être saisi :

Soit par courrier à l'attention de :
Monsieur le Médiateur de l'assurance
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://formulaire.mediation-assurance.org>

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du Médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

6.3_ Contrôle de l'organisme assureur

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

6.4_ Loi applicable et langue utilisée

La loi applicable au contrat RAMA est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française sera utilisée pendant toute la durée de l'adhésion.

6.5_ Territorialité

Les garanties sont acquises aux Assurés relevant du régime de Sécurité sociale français.

Sauf disposition contraire prévue au descriptif des garanties, l'intervention du RAMA est subordonnée à celle préalable de la Sécurité sociale française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Pour les soins dispensés à l'étranger, les dépenses préalablement admises au remboursement du régime de Sécurité sociale français dont relève l'Assuré sont prises en charge à hauteur des minima résultant du contrat responsable. S'agissant de la différenciation des honoraires au regard de la notion de "dispositif de pratique tarifaire maîtrisée" (OPTAM, OPTAM-CO), les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement "hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée" (NON OPTAM/ NON OPTAM-CO).



ANNEXES

ANNEXE 1_ **CONTENU DES GARANTIES PAR FORMULE**

ANNEXE 2_ **LISTE DES COASSUREURS AU 1^{ER} JANVIER 2024**

ANNEXE 3_ **DÉCLARATIONS TARDIVES - PRESCRIPTION**

ANNEXE 4_ **ACTES DE PREVENTION (ARTICLE 1 DE L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006)**

ANNEXE 1_ CONTENU DES GARANTIES PAR FORMULE

En application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, les définitions des garanties RAMA respectent les critères relatifs au « contrat responsable » définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale :

- l'intégralité de la participation de l'assuré (Ticket Modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est prise en charge pour les prestations couvertes par le régime obligatoire (les soins de ville y compris les prestations liées à la prévention, les frais d'hospitalisation) ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé (à l'exception de celui facturé par les établissements médico-sociaux) est pris en charge sans limitation de durée ;
- les remboursements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) sont plafonnés dans les limites fixées par les dispositions du « Contrat responsable » ;
- les équipements d'optique médicale sont pris en charge dans le respect de planchers et de plafonds fixés par les dispositions du « Contrat responsable ».

Ne sont pas pris en charge :

- les majorations de participation prévues par les articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du Code de la santé publique ;

- les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret.

Participation forfaitaire :

1 € par acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation dans la limite de 4 € par jour pour un même professionnel de santé. Le plafond de la participation forfaitaire est de 50 € par année civile et par personne.

Franchises médicales :

- 0,50 € par boîte de médicaments
- 0,50 € par acte médical dans la limite de 2 € par jour.
- 2 € par transport sanitaire dans la limite de 4 € par jour.

Le plafond de la franchise médicale est de 50 € par an et par personne.



BARÈME DES REMBOURSEMENTS MALADIE POUR LES ACTES EFFECTUÉS AU 1^{ER} JANVIER 2024, INCLUANT LE REMBOURSEMENT SS, SAUF MENTION PARTICULIÈRE⁽¹⁾.

Nous vous précisons qu'à chaque fois qu'est mentionné "DPTM", il est à noter qu'il s'agit du : OPTAM/OPTAM-CO. De même, à chaque fois, qu'il est mentionné "Hors DPTM", il est à noter qu'il s'agit du : NON OPTAM/ NON OPTAM-CO.

ATTENTION, les formules 1 bis, 2 et 4 ne sont plus commercialisées.

NATURE DES DÉPENSES	FORMULE 1	FORMULE 1B (FERMÉE)	FORMULE 2 (FERMÉE)	FORMULE 2 BIS	FORMULE 3	FORMULE 4 (FERMÉE)	FORMULE 5
HOSPITALISATION							
Honoraires							
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	164% BR	164% BR	164% BR	280% BR	164% BR	164% BR	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	144% BR	144% BR	144% BR	200% BR	144% BR	144% BR	200% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité exonérés du TM adhérent à un DPTAM	205% BR	205% BR	205% BR	300% BR	205% BR	205% BR	300% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité exonérés du TM (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent	185% BR	185% BR	185% BR	200% BR	185% BR	185% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾	100% FR ⁽¹⁾
Frais de séjour	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾	100% BR ⁽¹⁾
Forfait Patient Urgence *	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu
Chambre particulière	16,72€/jour	16,72€/jour	16,72€/jour	1,5% PMSS/jour	16,72€/jour	16,72€/jour	2,5% PMSS/jour

(* Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur.

(1) Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

NATURE DES DÉPENSES	FORMULE 1	FORMULE 1B (FERMÉE)	FORMULE 2 (FERMÉE)	FORMULE 2 BIS	FORMULE 3	FORMULE 4 (FERMÉE)	FORMULE 5
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux							
Généralistes et spécialistes adhérent à un DPTAM	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	270% BR ⁽²⁾
Généralistes et spécialistes (conventionnés et non-conventionnés) – non adhérent à un DPTAM	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Actes de spécialité DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	270% BR	100% BR	100% BR	270% BR
Actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) hors DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR	100% BR	100% BR	200% BR
Actes de chirurgie de ville DPTAM	143,50% BR	143,50% BR	143,50% BR	270% BR	143,50% BR	143,50% BR	270% BR
Actes de chirurgie de ville (conventionnés et non-conventionnés) hors DPTAM	123,50% BR	123,50% BR	123,50% BR	200% BR	123,50% BR	123,50% BR	200% BR
Radiologie DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	245% BR	100% BR	100% BR	270% BR
Radiologie hors DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR	100% BR	100% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux⁽³⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	260% BR
Analyses et examens de laboratoires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	260% BR
Psychologie **	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	Prise en charge du TM dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Médicaments							
Médicaments à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à 30%	38,7% BR	100% BR	100% BR	51% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à 15%	15% BR	15% BR	15% BR	36% BR	15% BR	15% BR	100% BR
Transport (accepté par la S.S)	100% BR	100% BR	100% BR	195% BR	100% BR	100% BR	195% BR
Matériel médical (remboursé S.S)							
Prothèses - Petit appareillage	164% BR	164% BR	164% BR	180% BR	164% BR	190% BR	190% BR
Prothèses - Grand appareillage	220% BR	220% BR	220% BR	260% BR	220% BR	260% BR	260% BR
Prothèses - Grand appareillage exonéré du TM	260% BR	260% BR	260% BR	300% BR	260% BR	300% BR	300% BR
Autres (remboursés par la sécurité sociale) : dispositifs médicaux et prestations inscrits à la liste prévue par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% Santé ***	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation						
Soins dentaires hors 100% Santé	100% BR	100% BR	100% BR	105% BR	100% BR	100% BR	270% BR
Inlay-onlay	100% BR	100% BR	100% BR	105% BR	100% BR	100% BR	10% du PMSS par an ⁽⁴⁾
Prothèses dentaires hors 100% Santé	182% BR	182% BR	182% BR	210% BR	245% BR	17% du PMSS ⁽⁴⁾	17% du PMSS ⁽⁴⁾
Appareillage dentaire autres que 100% Santé (prothèse amovible)	182% BR	182% BR	182% BR	210% BR	245% BR	6,5% du PMSS avec un minimum de 175% de la BR ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> de 1 à 5 dents : 30% PMSS de 6 à 10 dents : 40% PMSS plus de 10 dents : 50% PMSS, Avec une limite de 1800 euros par an, quel que soit le nombre de dents. ⁽⁴⁾
Implants dentaires	/	/	/	/	/	/	30% du PMSS (limité à 2 dents par an et à 1800€/an) ⁽⁴⁾
AIDES AUDITIVES							
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans et dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment.							
Equipements 100% Santé ***	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente						
Equipements autres que 100% Santé	164% BR	164% BR	164% BR	180% BR	164% BR	190% BR	190% BR

NATURE DES DÉPENSES	FORMULE 1	FORMULE 1B (FERMÉE)	FORMULE 2 (FERMÉE)	FORMULE 2 BIS	FORMULE 3	FORMULE 4 (FERMÉE)	FORMULE 5
AUTRE ACTES							
Cures thermales (avec accord de la SS) : Hébergement	/	/	/	/	Forfait de 20% PMSS par an et par bénéficiaire (limité à 100% FR)	/	Forfait de 25% PMSS par an et par bénéficiaire (limité à 100% FR)
Médecines douces (sans prescription médicale et sur facture établie par le praticien) : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, orthophoniste, orthoptiste, pédicure - podologue, étio-pathe, diététicien, microkinésithérapeute, cryothérapeute et psychomotricien	/	/	/	/	/	/	Forfait de 150 euros par an et par bénéficiaire
PREVENTION							
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE (SUITE)							
Lentilles (acceptées par la S.S./an)	/	/	/	360% BR	/	/	15% PMSS
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	/	/	/	250€ par œil	/	/	250€ par œil

(1) Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

(2) Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 26.50 € la prise en charge de la S.S s'élèvera à 17.55 €, celle de la complémentaire à 7.95 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €.

(3) Auxiliaires : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

(4) Remboursement en sus de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement. **FR** : Frais réel. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **S.S.** : Sécurité sociale. **DPTAM** : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : **OPTAM**, **OPTAM-CO**. **OPTAM/OPTAM-CO** : Options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention. **PLV** : Prix limite de vente. **100% Santé** : Dispositif qui a pour objectif de garantir l'accès aux soins sans aucun reste à charge pour l'assuré. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelés « Paniers », des soins identifiés qui répond aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des Paniers est définie réglementairement.

* Participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement

** Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monpsy.sante.gouv.fr/annuaire>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;
- être adressé à un psychologue par lettre de son médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans sa prise en charge (orientation valable six mois).

*** Tels que définis réglementairement

OPTIQUE

Le dispositif 100% Santé définit 2 classes de verres et montures : ceux de la Classe A (100% Santé) intégralement pris en charge et ceux de la Classe B, hors 100% Santé

- Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100€ [ou 30€ dans le cadre du 100% Santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an.
- La période précitée de deux ans s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs).

Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
Classe A : 100% santé Classe B : autres que 100% santé		
Equipements 100% Santé *** 2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût des verres Et • Dans la limite de 100€
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
2 verres B + monture B	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous. Monture limitée à 100 euros.	



FORMULES 1, 1 BIS ET 2 PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ

a) équipement à : • verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	50 € dont 50 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	125 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : • verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	125 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	200 € dont 100 € au maximum pour la monture

FORMULE 2 BIS PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ	
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	100 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture



FORMULE 3 PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ	
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	4,5% du PMSS (164.97€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	4,5% du PMSS (164.97€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	4,5% du PMSS (164.97€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; • verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture

FORMULE 4 PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ	
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	15% du PMSS (549.90€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	15% du PMSS (549.90€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	15% du PMSS (549.90€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	15% du PMSS (549.90€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	15% du PMSS (549.90€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture

FORMULE 5 PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ	
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	560 € dont 100 € au maximum pour la monture
a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	18% du PMSS (659.88€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	18% du PMSS (659.88€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	18% du PMSS (659.88€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	18% du PMSS (659.88€ en 2023) dont 100 € au maximum pour la monture

ANNEXE 2_ LISTE DES COASSUREURS AU 1^{ER} JANVIER 2024

COASSUREURS
ALLIANZ
AREAS
AXA France
GROUPAMA GAN VIE
Groupe GENERALI
PREVOIR
LA MONDIALE
QUATREM

Les coassureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



L'article L. 114-1 du Code des assurances dispose que « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance ».

Celles qui seront transmises postérieurement ne donneront lieu à aucun remboursement.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où le BCAC en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre le BCAC a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

L'article L. 114-2 du Code des assurances dispose que :

la prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-après.
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par le BCAC à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime et par l'assuré au BCAC en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240 du Code civil)
- La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Article 2241 du Code civil)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. (Article 2242 du Code civil)

- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. (Article 2243 du Code civil)
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Article 2244 du Code civil)

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. (Article 2245 du Code civil)

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. (Article 2246 du Code civil)

Conformément à l'article L. 114-3 du Code des assurances, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »



ANNEXE 4_ ACTES DE PREVENTION (ARTICLE 1 DE L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006)

Conformément aux règles applicables « aux contrats responsables », le BCAC prend en charge, l'ensemble des actes de préventions dès lors qu'ils sont remboursés par la Sécurité sociale dans les conditions fixées au tableau de garanties. Pour information, l'arrêté du 8 juin 2006 fixe une liste d'actes de prévention :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- Coqueluche : avant 14 ans ;
- Hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenzae B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix huit (18) mois.



